2	0	1	5	4	8	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتـب : 6 اكتوبر

٢٥٢

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم
فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير		
1806611	محمد اسماعيل ابراهيم	ذكر	4	3	1980	15	5	2007	250	50		
3005175	ايمن ناجى عبداللطيف	ذكر	28	10	1982	28	10	2006	165	55		
3005532	رجب حسين عبدالمقصود	ذكر	1	7	1980	21	10	2006	165	55		
3006114	على فتحى عثمان	ذكر	5	8	1981	21	10	2006	165	55		
3007572	سمارة ربيع ابراهيم	انثى	9	2	1990	21	10	2006	140	55		
3014673	فتحى سعيد روبى	ذكر	26	1	1980	21	10	2006	165	55		
6136419	سهام عوض محمد عبد الغنى	انثى	11	12	1982	1	1	2007	165	55		
6464597	جمال سليمان الجندى	ذكر	23	1	1987	15	3	2006	200	55		
6815547	هدى عبدالفتاح سيد	انثى	12	1	1986	20	11	2006	140	55		
7510568	محمد محمد السيد مصطفى	ذكر	30	3	1975	21	10	2006	165	55		
7655213	هانى فرج مبروك	ذكر	4	4	1980	20	11	2006	165	55		
8165767	خلف عبد الرحيم حسين على	ذكر	24	2	1970	1	10	2007	200	50		
8574898	احمد مصطفى احمد ابو عيشه	ذكر	4	1	1977	6	5	2006	140	55		

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

مكتب : 6 اكتوبر

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

٢٥٢

٠٨/١١٢٤

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير	
1 0 7 7 3 3 3 9	اشرف عبدة ايوب	ذكر	13	2	1971	1	3	2006	300	125	
1 1 6 0 9 5 8 1	اسامة احمد محمد احمد	ذكر	8	1	1966	1	8	2005	471	100	
1 2 0 6 6 9 5 1	فاطمه عيد ابراهيم	انثى	27	9	1986	1	4	2007	150	50	
1 2 1 3 0 8 2 3	احمد على عبد الجيد	ذكر	7	1	1983	1	1	2007	385	165	
1 2 3 2 6 5 7 5	نسمة بطران محمود	انثى	29	5	1986	21	10	2006	140	65	
1 2 5 4 1 4 2 0	سحر كمال حسن	انثى	15	9	1987	1	1	2007	165	55	
1 2 5 6 5 2 2 3	هانى سميح حداد	ذكر	4	6	1984	2	7	2006	375	55	
1 2 5 7 2 9 2 9	على احمد عويس	ذكر	16	4	1975	18	4	2006	200	55	
1 3 6 4 1 4 4 3	محمد محمد عبد انظاهر محمد	ذكر	9	12	1987	1	10	2007	200	50	
1 3 8 3 2 2 9 7	ايمان جمعه كيلانى	انثى	1	4	1986	20	11	2006	140	55	
1 4 3 4 9 3 5 1	محمود رضا السباعى الطنطاوى	ذكر	10	9	1983	15	5	2007	150	50	

أقر انا / ______ بصفتى : ______ بان اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

	2	0	1	5	4	8	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـة : الجيزه

مكـتـب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التامينى	اسم المومن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	شهر	سنه	تاريخ الالتحاق يوم	شهر	سنه	الاجر الشهرى أساسى	متغير	كود مده الاشتراك	
14642500	رضا معوض عبد النعيم محمد	انثى	17	6	1988	1	1	2007	140	55		
15259838	سامح السيد عبداللطيف	ذكر	15	7	1984	1	4	2006	165	55		
15682771	رقية حسن حسين	انثى	17	9	1976	15	3	2006	140	55		
16144839	منار حنفى محمود	انثى	27	3	1987	28	10	2006	140	55		
16221458	محمود جمال محمد	ذكر	10	6	1987	1	10	2007	200	50		
16295475	عماد حمدى محمد المهيى	ذكر	19	2	1978	8	5	2006	125	50		
16654425	محمد عطيه عبد الغفار	ذكر	12	1	1981	22	5	2007	350	150		
17305229	وحيد طنطاوى بدوى	ذكر	25	1	1978	10	5	2005	275	50		
19419153	زينات جمعة مصطفى	انثى	6	4	1986	28	10	2006	140	55		
19479125	شعراوى رمضان عبدالسلام	ذكر	2	5	1977	1	7	2005	300	200		
19479298	محمد على عبد العزيز	ذكر	2	4	1977	1	11	2006	200	50		
19771539	احمد جويده سالم ابراهيم	ذكر	9	1	1988	20	11	2006	165	55		
20110855	ابراهيم ابو طالب طلبة	ذكر	7	10	1966	28	3	2006	650	300		

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

منطقــة : الجيزه

مكتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعد بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى				كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى		متغير			
2 1 0 0 3 7 0 3	على عبد العال	ذكر	12	3	1982	10	4	2007	175		50			
2 1 7 4 9 0 7 0	هيام محمد حسن عثمان	انثى	30	4	1973	15	10	2006	140		55			
2 1 8 2 4 3 7 0	احمد وجدى على عبد الرحيم	ذكر	10	6	1985	15	5	2007	250		100			
2 2 1 9 4 5 5 2	محمد عبدربة طة	ذكر	6	11	1982	15	2	2006	140		55			
2 2 4 9 9 6 1 2	عزه ابراهيم يوسف	انثى	3	6	1961	6	5	2006	140		55			
2 3 0 6 0 7 0 2	محمود على عبد العزيز	ذكر	20	9	1987	20	11	2006	150		50			
2 3 0 6 3 1 9 9	محمود فؤاد مهلهل حافظ	ذكر	2	10	1987	1	10	2007	200		50			
2 3 1 0 4 9 6 5	احمد مصطفى معتمد	ذكر	17	10	1985	15	5	2007	250		100			
2 4 0 9 8 8 9 8	احمد صالح محمود	ذكر	18	2	1982	10	4	2007	175		50			
2 5 5 3 1 4 8 9	رضا حسن احمد	انثى	30	11	1984	1	8	2005	140		55			
2 6 0 8 3 0 2 7	حسن مختار ابراهيم عمار	ذكر	10	4	1983	15	2	2006	165					
2 6 4 3 5 9 3 3	اشرف مصطفى بشندى	ذكر	3	12	1967	5	7	2007	750		500			
2 7 3 3 9 0 8 3	مصطفى حسن جمعة	ذكر	22	111	1985	7	6	2006	275		110			
2 7 4 8 5 6 7 8	صباح محمود مبروك	انثى	20	2	1985	20	11	2006	140		55			

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / 1/1 أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـة : الجيزه

مكتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم
فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم — المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ________

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير	
18630436	بسمه عبدالونيس عبدالهادى	انثى	10	7	1988	20	11	2006	140	55	
28837494	محمد عبدالحميد مسعود	ذكر	4	11	1982	1	1	2006	240	55	
28848851	وحيد مجدى سيد احمد	ذكر	2	11	1983	1	1	2007	165	55	
29376017	عمر طنطاوى بدوى	ذكر	1	6	1979	10	5	2005	165	55	
31386623	عصام حنفى عبدالخالق	ذكر	18	12	1982	8	5	2006	400	200	
31554007	وداد عبد البر حسين	انثى	11	2	1981	15	3	2006	140	55	
31874374	شعبان صالح حافظ	ذكر	1	10	1969	21	10	2006	165	55	
32106648	حسام عبدالمنعم متولى	ذكر	1	8	1983	1	3	2006	140	55	
33163527	محمد رجب عبدالحميد	ذكر	16	12	1983	1	6	2006	140	55	
33896679	محمد مصطفى عثمان	ذكر	11	5	1971	1	11	2006	400	200	
35614071	نسمة محمود محمد خليفة	انثى	1	7	1985	21	10	2006	140	55	
36892179	طاهر محمد محمد هلال	ذكر	21	12	1980	1	1	2007	220	55	
38022721	وائل فاروق محمد	ذكر	23	7	1971	1	6	2005	182	165	
38347501	سعيد فتحى عبدالرحمن	ذكر	2	10	1984	21	7	2005	165	55	

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ____ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ ________ والمتغير ________ ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / 1/1 أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

منطقـة : الجيزه
مكتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم
فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من المادة 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التاميني	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى				كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى		متغير			
3 8 7 0 5 2 7 3	رمضان كامل حبيب عبد التواب	ذكر	28	6	1984	1	10	2007	200		50			
3 9 6 3 7 7 0 5	احمد جابر عثمان سليمان	ذكر	10	9	1983	1	1	2007	220		55			
4 0 5 7 6 0 8 7	عامر ابو بكر احمد	ذكر	22	5	1975	8	5	2006	140		55			
4 0 7 5 5 2 5 7	محمد ربيع رجب	ذكر	12	11	1980	1	11	2006	220		55			
4 1 1 9 7 9 5 4	ليلى سمير محمد	انثى	9	6	1979	20	11	2006	140		55			
4 1 7 3 0 3 9 6	طاهر محمد ابو العباس	ذكر	23	4	1985	10	4	2007	300		100			
4 2 3 0 2 6 5 4	نادية محمد احمد	انثى	29	7	1976	1	7	2005	140		80			
4 2 4 1 2 7 3 4	حمدى مبروك عبد الله الدسوقى	ذكر	9	10	1971	1	7	2007	450		200			
4 4 9 5 4 9 8 6	وجيهه حلمى كامل	انثى	7	9	1989	18	4	2006	140		55			
4 7 6 5 4 5 1 2	محمد ابو بكر محمد موسى	ذكر	8	11	1966	1	7	2006	140		55			
4 8 1 1 1 9 7 9	محمد عبدالله جودة	ذكر	2	12	1962	15	2	2006	140		55			
4 8 5 2 9 6 3 9	صلاح ابراهيم مدكور	ذكر	5	1	1985	15	7	2007	150		50			
4 8 8 3 7 4 4 7	هانى رجب رمضان محمد	ذكر	2	1	1977	21	7	2007	150		50			

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

| | | 2 | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 5 |

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكـتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشاه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215   اسم الشارع : شارع رقم 8   الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه   القسم / المركز : 6 اكتوبر   المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ____ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ________

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه	تاريخ الالتحاق يوم	تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك	
27095984	اشرف فتحى انور	ذكر	3	5	1965	1	8	2006	175	75		
48212194	تامر عبد الناصر موسى	ذكر	17	1	1980	10	4	2007	350	150		
58863194	ابراهيم محمد احمد	ذكر	4	8	1980	1	1	2006	365	110		
39215015	سالم فرحات ابراهيم	ذكر	29	2	1980	1	7	2005	275	110		
18830115	صفاء رجب سيد احمد	انثى	15	8	1977	1	1	2007	150	50		
23878115	احمد يحى سليمان	ذكر	29	8	1973	1	1	2006	250	55		
45274415	تامر السيد ابراهيم	ذكر	1	1	1983	8	5	2006	500	200		
90134615	سعيد حميدة محروس	ذكر	28	12	1973	10	8	2005	250	55		
30418815	حمدى محمد احمد شعبان	ذكر	22	6	1975	1	10	2007	150	50		
10828815	سعيد عبد الفتاح الحجر	ذكر	8	12	1974	15	5	2007	175	200		
25389805	محمد احمد حسين	ذكر	24	2	1972	15	2	2006	[illegible]00	55		
33779025	رضا فتحى مرسى	ذكر	16	6	1977	1	3	2006	[illegible]40	55		

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ____ [illegible]1 6 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وبياناتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

5	8	4		5	1	0		2	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى
صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص
منطقـــة : الجيزه
مكتـب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم
فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من المادة 42 من قانون 138 / 80 ________

الرقم التامينى								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى				كود مده الاشتراك	
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى		متغير			
3	2	4	9	7	3	2	5	هالة فوزىمحمد	انثى	11	9	1970	15	3	2006		140		55		
5	3	0	0	6	4	2	5	سيد معوض زيدان	ذكر	13	11	1965	21	7	2007		150		50		
3	3	5	2	1	5	2	5	محمد صلاح رمضان	ذكر	27	6	1981	1	7	2006		200		55		
4	2	6	4	9	0	3	5	محمود مرضى محمود	ذكر	19	10	1976	15	2	2006		140		55		
8	3	3	6	8	1	3	5	فاطمة السيد ابو جبل	انثى	14	9	1969	1	4	2006		140		55		
0	2	8	4	7	4	3	5	احمد موسى محمد موسى	ذكر	15	2	1975	1	8	2005		182		55		
2	2	8	4	7	4	3	5	احمد السيد حسن	ذكر	25	7	1978	1	8	2005		182		55		
9	5	2	2	8	4	3	5	جابر جلال عبد الحميد	ذكر	19	12	1982	21	7	2007		150		50		
4	6	6	2	7	6	3	5	هانى عبدالعزيز مراد	ذكر	1	7	1977	15	2	2006		140		55		
8	2	8	6	7	7	3	5	محمد فرحات ابراهيم	ذكر	31	7	1974	15	2	2006		140		55		
2	2	3	0	3	4	5	5	علاء لطفى ايوب	ذكر	1	10	1978	1	11	2006		220		50		
4	5	8	0	0	9	5	5	مصطفى نكى محمد	ذكر	2	12	1976	6	5	2006		425		150		
0	1	8	5	9	9	5	5	حمدى فراج فرج	ذكر	6	1	1973	15	6	2005		200		175		

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ____ 6991 0 2360 0
جنية قرش جنيه قرش

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

ا .	2 /	0	1	5 /	4	8	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتـب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير		
5 9 1 1 1 6 9 8	حنان محمد عبد المقصود	انثى	15	8	1977	1	1	2007	165	55		
5 7 0 1 6 6 4 7	سيد محمد سيد محمد	ذكر	27	8	1979	1	4	2006	200	55		
5 7 2 4 8 7 4 1	مها احمد بدر الدين	انثى	12	5	1981	6	3	2007	250	150		
5 7 2 8 9 0 3 4	محمد كامل محمد عبدربة	ذكر	23	6	1976	1	7	2006	140	55		
5 7 2 9 4 1 4 4	عبدالونيس مرضى محمود	ذكر	7	12	1978	8	5	2006	140	55		
5 7 3 2 8 4 3 5	سيد فرحات ابراهيم	ذكر	22	12	1983	1	6	2006	140	55		
5 7 3 3 3 8 1 9	عيد عرفة عيد عبدالفتاح	ذكر	14	10	1981	1	6	2005	182	55		
5 7 4 0 5 2 0 3	صابر قرنى عبدالحميد	ذكر	2	1	1983	1	6	2005	182	55		
5 7 4 3 7 5 5 7	حسن حامد محمد	ذكر	7	1	1980	10	8	2005	182	55		
5 7 4 3 9 5 2 9	محمد ربيع عبدالفتاح	ذكر	26	11	1977	15	2	2006	300	125		
5 7 5 4 4 7 6 7	شريف سعيد محمد	ذكر	20	8	1980	1	1	2007	400	200		
5 7 6 9 2 8 9 1	احمد عبدالمطلب سعيد	ذكر	24	5	1971	1	11	2006	220	55		
5 8 3 1 9 6 9 9	وائل فؤاد سيد محمدين	ذكر	1	1	1984	1	11	2006	220	55		
5 8 6 4 5 1 9 2	حسام الدين حسين رجب	ذكر	1	1	1977	8	5	2006	200	82		

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / 1/1 أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكـتـب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ــــــــــــ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ــــــــ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ــــــــ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ــــــــ بدء النشاط : ــــــــ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ــــــــ

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير		
5 9 0 2 4 3 3 7	نور السيد احمد محارب	ذكر	14	10	1982	15	2	2006	140	55		
5 9 1 0 5 0 8 8	محمود زناتى حايق	ذكر	24	11	1979	1	4	2006	200	55		
5 9 3 5 7 5 5 8	محمود احمد عبدالباقى	ذكر	8	11	1982	15	2	2006	220	55		
5 9 3 8 9 4 5 7	عاشور احمد على	ذكر	28	9	1985	15	4	2006	140	55		
5 9 4 3 2 8 9 0	عزت صابر حميدة	ذكر	21	11	1983	1	4	2006	200	55		
5 9 4 3 2 9 6 6	على حسين عبدالسلام	ذكر	22	3	1965	1	4	2006	140	55		
5 9 4 3 7 6 1 6	غالية حسن عبدالعليم	انثى	4	8	1975	15	3	2006	140	55		
5 9 4 3 7 6 4 7	أيهاب رجب عبدالموجود	ذكر	31	8	1983	15	3	2006	200	55		
5 9 4 3 7 6 6 2	محروس حميد محروس	ذكر	21	11	1979	15	3	2006	200	55		
5 9 4 3 7 6 7 1	احمد صبحى عوض	ذكر	8	4	1982	15	3	2006	140	55		
5 9 4 6 3 3 1 8	عبدالحميد سمير عبدالحميد	ذكر	27	9	1984	6	5	2006	140	55		
5 9 4 7 5 3 4 8	شعبان جميل محمد	ذكر	21	6	1982	18	4	2006	140	55		
5 9 4 9 9 1 1 2	احمد حمدى محمد احمد	ذكر	16	8	1982	28	10	2006	165	55		
5 9 5 0 1 9 3 0	سامى فوزى سالم	ذكر	7	1	1980	15	4	2006	200	55		

أقر أنا / ــــــــــــ بصفتى : ــــــــــــ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ــــ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ـــــــ والمتغير ـــــــ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ــــــــــــ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً فى / / 1/1 أخصائى بدء الاشتراك : ــــــــ المراجع : ــــــــ

2		0	1	5		4	3	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكـتـب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكـ ...نى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيـ... القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ________

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه	تاريخ الالتحاق يوم	تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك	
5 9 5 0 1 9 3 6	طه شعبان ذكى	ذكر	14	10	1982	5	4	2006	140	55		
5 9 5 0 1 9 5 8	سناء السيد حسنين	انثى	3	10	1979	5	4	2006	140	55		
5 9 5 2 3 7 5 4	منى قرنى ذكى	انثى	9	1	1983	4	4	2006	140	55		
5 9 5 2 3 7 5 9	سيده سيد حسين	انثى	20	10	1974	4	4	2006	140	55		
5 9 5 5 6 8 7 0	نبية السيد محمد	انثى	2	6	1966	6	5	2006	140	55		
5 9 5 6 2 1 5 3	امل عماد عبدالهادى	انثى	20	9	1988	1	6	2006	140	55		
5 9 6 0 7 9 7 9	محمد ابراهيم احمد ابراهيم	ذكر	1	6	1976	1	6	2006	140	55		
5 9 7 4 2 5 9 5	محمود احمد عبد الرحيم	ذكر	24	4	1971	1	4	2007	175	50		
5 9 8 6 6 2 9 7	ريحان سرحان مصطفى	انثى	20	6	1984	1	1	2007	165	55		
5 9 8 8 6 9 2 2	سيد فرج سعد	ذكر	26	12	1983	28	10	2006	165	55		
5 9 9 6 5 5 9 8	ايه رجب على	انثى	28	10	1991	20	11	2006	140	55		
5 9 9 4 5 8 5 6	حمادة السيد حسن	ذكر	8	11	1981	1	11	2006	220	55		
5 9 9 4 5 8 6 8	سالم عطية سالم	ذكر	7	12	1982	1	11	2006	220	55		
5 9 9 6 5 5 8 5	حنان محمود محمد	انثى	4	5	1978	20	11	2006	125	50		

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ________ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

	2	/	0	1	5	/	4	3	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكـتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم — المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده 42 من قانون 138 / 80 ________

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه		تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك
59965609	صفاء احمد عبد اللطيف	انثى	13	11	1991	0	11	2006	140	55	
59965633	ايمان حمدان حامد	انثى	10	9	1988	0	11	2006	140	55	
59965649	رحاب محمد فتحى محمد	انثى	16	9	1988	0	11	2006	140	55	
59965653	رانيا رمضان محمد	انثى	8	9	1988	0	11	2006	140	55	
59965654	سهام حمدان حامد بدران	انثى	15	3	1986	0	11	2006	140	55	
59965656	سناء عيد على محروس	انثى	19	7	1981	0	11	2006	140	55	
60130124	احمد محمد عبد الستار محمد	ذكر	29	4	1972	1	1	2007	300	200	
60130127	ابتسام عبدالحارس	انثى	28	3	1984	1	1	2007	165	55	
60130130	راندا ربيع سيد بخيت	انثى	18	11	1985	1	1	2007	150	50	
60130138	جميلة حلمى محمد	انثى	24	10	1990	1	1	2007	165	55	
60130141	ماجدة عمر عبد الخالق	انثى	11	2	1980	1	1	2007	165	55	
60150774	محمد حسين محمود طلبه	ذكر	22	8	1978	1	1	2007	350	125	
60356868	اسلام شعبان فرحات	ذكر	22	1	1989	1	10	2007	200	50	
60457020	محمد حميده عبد الواحد	ذكر	3	3	1981	1	4	2007	175	50	

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ________ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريراً في / / أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

	2		0	1	5		4	8	5

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتب : 6 اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى 1 / 1 / 2008

اسم المنشأه : شركه جيم مالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : 215 اسم الشارع : شارع رقم 8 الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه القسم / المركز : 6 اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده 42 من قانون 80 / 138 ______

الرقم التامينى								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك	
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير		
4	2	0	7	5	4	0	6	رجب السيد محمد سلامه	ذكر	10	6	1978	1	4	2007	175	50		
6	2	0	7	5	4	0	6	اسلام عاطف عبد العزيز	ذكر	27	4	1985	1	4	2007	350	100		
8	2	0	7	5	4	0	6	محمد جمعه عويس	ذكر	24	9	1978	1	4	2007	250	100		
9	9	0	9	6	6	0	6	زينب محمد محمد حنفى	انثى	3	11	1974	5	7	2007	150	50		
2	9	9	6	2	0	1	6	احمد عرفه احمد محمد	ذكر	11	8	1984	1	10	2007	200	50		

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ 6991 0 2360 0

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______